Statistische Mitteilungen über die tabes dorsalis (1894—1903).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hermann Ehemann,
approbierter Arzt aus Schwaigern.

München, 1905.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Statistische Mitteilungen über die tabes dorsalis (1894—1903).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hermann Ehemann,
approbierter Arzt aus Schwaigern.

München, 1905.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei vor Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. Ritter von Bauer.

Im 19. Kapitel seines zweiten Buches „De morbis“ erwähnt Hippocrates eine Krankheitsform, die zeigt, dass die Tabes schon im Altertum nicht unbekannt war. Als Ursache führt er an geschlechtliche Ausschweifungen, und viele Jahrhunderte wurden allgemein eben die geschlechtlichen Exzesse als einzige Veranlassung der Krankheit angesehen. Erst im letzten Jahrhundert beschäftigte man sich mehr mit der Tabesfrage und kam von der bisherigen Ansicht mehr und mehr ab.

Im Jahre 1851 stellte Romberg zum erstenmal das Symptomenbild der Tabes fest, und nach ihm galten eine Zeit lang sexuelle Exzesse und die dadurch herbeigeführten Samenverluste, weiter noch Erkältungen und Überanstrengungen als ätiologisches Moment für Tabes.

Zwölf Jahre später bestritt in einer Arbeit v. Leyden jeden Einfluss sexueller Ausschweifungen auf die Entstehung der Tabes. Er hielt Erkältungen als die häufigste Ursache der Krankheit.

Da war es im Jahre 1875 ein französischer Autor, Fournier, der die Wichtigkeit der Lues in der Ätiologie der Tabes betonte. Er fand unter 30 Tabikern 24mal Lues. Er führt ferner an Féréol und Siredey, von denen der eine unter elf Fällen fünfmal, der andere unter zehn sogar achtmal frühere Lues gefunden hat. Dieser Ansicht sind ausser Fournier noch Erb, Voigt, Möbius, Minor u. s. w., die wenn auch nicht alle, so doch die meisten Fälle der Tabes

von Syphilis herleiten und den tabischen Prozess im Rückenmark als einen spezifisch syphilitischen bezeichnen.

Dem gegenüber stehen hauptsächlich v. Leyden, Westphal, Remak, Lancereaux, die jede Beziehung zwischen Tabes nnd Lues leugnen. v. Leyden sagt in seiner Klinik über Rückenmarksleiden bloss: Syphilis ist als Ursache wohl angegeben, aber nicht begründet. Strümpell äussert sich folgendermassen: Die einzige ätiologische Tatsache, die unseres Erachtens auser Zweifel steht, ist die Beziehung der Tabes zu einer vorhergegangenen syphilitischen Infektion. Soviel ist freilich sicher, dass die Tabes nicht eine tertiär-syphilitische Erkrankung ist, sondern er ist der Ansicht, dass die Tabes erst durch gewisse chemische Gifte (Toxine) hervorgerufen wird, die im Körper durch die Einwirkung der syphilitischen Infektion entstehen, eine Ansicht, die auch Möbius für glaubwürdig hält.

Ich will hier einige Statistiken anführen, die eben über den Zusammenhang zwischen Tabes und Lues schon aufgestellt wurden. Unter 100 Tabikern wurden infiziert:

nach Minor 65 %
Voigt 82 %
G. Fischer 75 %
Strümpell 90 %
Erb 90,35 %
Fournier 93 %
Martineau 95 %.

Dem gegenüber stehen v. Leydens Anhänger:

Rosenthal 18 %
Hofmann 37 %
Pusinelli 47 %
Westphal 47 %.

Bei meinen Untersuchungen handelt es sich um 66 Fälle. Leider kann ich meinen Ergebnissen in eben dieser, der

Tabes-Syphilisfrage, keine grosse Bedeutung zusprechen, da in verschiedenen Fällen, besonders aus den früheren Jahren, teils über irgend eine eventuelle luetische Infektion in der Krankengeschichte nichts angegeben war, es wurde wohl des öfteren gar nicht oder nicht sehr eingehend über diesen Punkt gefragt, andererseits wurde zwar einige Male auf eine diesbezügliche Frage von den Patienten angegeben, sie hätten einmal vor Jahren einen Ausschlag am Körper gehabt, ob aber dieser syphilitischer Natur war, darüber gab mir die Krankengeschichte keinen näheren Aufschluss.

Bei einem Falle wurde erst nach seinem dritten Eintritt ins Krankenhaus ermittelt, er hätte in seiner Jugend einen harten Schanker gehabt; die beiden ersten Male versicherte er bestimmt, nie infiziert gewesen zu sein.

Freilich hängt es oft mit der Indolenz der Kranken zusammen, zumal wenn man bedenkt, aus was für Kreisen sich eben die Krankenhauspatienten rekrutieren. Sie erinnern sich gar nicht mehr, dass sie vor Jahren ein Geschwür oder einen Ausschlag gehabt haben; oder aber ist es eine gewisse Scham, die sie davon abhält, eine frühere Ansteckung zuzugestehen. Besonders dürfte es auffallen, dass bei den elf weiblichen Personen, die sich unter meinen 66 Fällen befinden, über Lues gar nichts zu erfahren war. War die eine oder andere infiziert, so schwieg sie entweder aus dem oben angeführten Grunde, oder aber weil sie beim geschlechtlichen Verkehr unbewusst angesteckt wurde. (Portio-Primäraffekte bleiben oft latent.) Wird doch von Strümpell wie von Erb angegeben, dass eben in den meisten Fällen von Tabes die vorhergegangene Syphilis keine grosse Intensität gehabt habe.

Erb selbst bezieht in seinen allgemeinen Tabes-Statistiken überhaupt keine Weiber ein; es sei aus leicht durchsichtigen und oft klargelegten Gründen ein grober Fehler, da die Ermittlung früherer Lues auf unüberwindliche Schwierigkeiten

stosse. Er selbst nimmt zu seinen grösseren Statistiken nur männliche Tabiker aus höheren Ständen, von denen, wie er sagt, allein relativ zuverlässige anamnestische Angaben zu erwarten sind.

Ich fand:

Lues allein	9	= 13,6 %
Lues plus Gonorrhoe	7	= 10,6 %
Lues plus Potatorium	4	= 6,06 %
Lues plus Gonorrh. plus Pot.	1	= 1,5 %
Gonorrh. plus Pot.	6	= 9,1 %
Gonorrh. plus Erkältg.	2	= 3,03 %
Gonorrh. plus Trauma plus Pot.	1	= 1,5 %
Gonorrh.	3	= 4,5 %
Schanker plus Pot. plus Erkältg.	1	= 1,5 %

Also war Lues sicher in 21 Fällen (31,8 %) nachgewiesen. Ziehe ich nun die elf Frauen, bei denen sich anamnestisch für irgend eine Geschlechtskrankheit durchweg nichts ermitteln liess, aus oben erwähnten Gründen ab, so ergibt sich eine Prozentzahl für Lues von 38,2 %. Freilich immer noch weit zurückstehend den Zahlen Erbs und Strümpells. Doch handelt es sich eben bei diesen um ein zuverlässigereres Material.

Was nun die Häufigkeit der Erkrankung bei Männern und Frauen betrifft, so fand ich darüber in Übereinstimmung mit den meisten anderweitigen Angaben ähnliche Zahlen. Auf 55 Männer 11 Frauen, ein Verhältnis von 5 : 1.

Steinthal fand	7 : 1
Toginard	5 : 1
Carré	4 : 1
Karger	3 : 1

Fehre gibt eine Tabelle an, in der Angaben über 41 weibliche Tabeskranke der Klinik Gerhardts aus den Jahren 1890—1900 enthalten sind. Er fand in den Berliner Krankenhausberichten, dass sich die männlichen Tabeskranken zu den weiblichen verhalten wie 2,2 : 1. Für Wien und Moskau wie

2,4 : 1. Aus Berliner Berichten über die Jahre 1875—79 ergab sich 4,2 : 1. Man sieht hieraus besonders, wie gross die Durchseuchung der Grosstadtbevölkerung ist und wie sie wächst.

Zumeist nun an Tabes erkrankt sind nach Erb wie Strümpell Leute besserer Gesellschaftsklassen, wie Kaufleute, Künstler, Offiziere, Post- und Eisenbahnbeamte, dann Handwerker. Personen, die in der Mehrzahl der Fälle ihren Beruf in grösseren Städten ausüben müssen, somit der Infektionsgefahr mehr ausgesetzt sind, weiter eben durch ihren Beruf auch den Einflüssen der Witterung mehr preisgegeben sind.

Die Berufsarten meiner 55 männlichen Krankenhauspatienten verteilten sich folgendermassen:

Privatier 1
Kaufmann 1
Komiker, Musiker 2
Fuhrknechte 4
Unterbeamte 4
Maschinisten, Schlosser, Bahnarbeiter 9
Taglöhner, Dienstmänner 14
Handwerker 20.

Von meinen weiblichen Patienten waren 1 Kellnerin, 2 Köchinnen, 1 Näherin. Die anderen 7 waren an Taglöhner oder an Handwerker verheiratet, ob deren Männer syphilitisch waren, liess sich nicht ermitteln.

Allgemein bekannt ist die Tatsache, dass die Tabes eine Erkrankung des mittleren Lebensalters ist. Das beste, kräftigste Alter; das allerdings eben dadurch auch mehr Schädlichkeiten ausgesetzt ist als das Jugend- oder das Greisenalter.

Ich fand folgende Angaben über den Beginn der Erkrankung:

21—30	Jahre	6,	Erb	unter	68	Fällen	13,	Karger	unter	116	Fällen	13,
31—40	„	16,	„	„	„	„	31,	„	„	„	„	51,
41—50	„	27,	„	„	„	„	18,	„	„	„	„	37,
51—60	„	17,	„	„	„	„	3,	„	„	„	„	15.

Von der Ansicht Eulenburgs und Carrós, dass in der Ätiologie der Tabes die Heredität von Bedeutung sei, kam man im Laufe der Jahrzehnte immer mehr ab. Ersterer führte einen Fall an, wo sich die Krankheit bereits durch vier Generationen vererbt hatte, während Carré eine Familie anführt, in der in drei Generationen 18 Personen verschiedenen Geschlechts an Tabes litten. Auch bei den bekannten Friedreich'schen Fällen, von denen er anfangs glaubte, es mit der hereditären Form der Tabes tun zu haben, ging durch Arbeiten teils von ihm selbst, teils durch Schultze, Gowers, Vulpian u. s. w. hervor, dass diese Affektion nicht mit der Tabes dorsalis identisch sei, sondern dass es sich um ein neues selbständiges Krankheitsbild handle.

Erb sagt, hereditäre Verhältnisse spielen bei der echten Tabes eine sehr geringe Rolle. Unter meinen Fällen fand ich keine Anhaltspunkte für hereditäre Belastung. Drei Fälle fand ich dagegen, bei denen auf neuropathische Belastung hingewiesen wurde. Eltern, Geschwister oder Verwandte litten an irgend einer Nervenkrankheit, auch hierüber äussern sich Strümpell und andere Autoren, dass nur selten dafür ein Nachweis geliefert werden könne. Erkältungen wurden früher sehr häufig beschuldigt, die Ursache der Tabes zu sein; namentlich schwere Erkältungen, die sich des öfteren wiederholen. Freilich ist gerade in diesem Punkte den Leuten nicht zu viel Glauben zu schenken, da diese zu leicht alle Krankheiten auf Erkältungen zurückzuführen geneigt sind. Strümpell beschuldigt Erkältungen eher insofern, als er dieselben mehr als auslösende Momente der bisher latenten Tabes ansieht.

Ich fand dreimal Erkältungen angegeben. Einmal handelte es sich um einen Maschinisten, der viel im Eiskeller zu arbeiten hatte, denselben öfters im erhitzten Zustand betrat, auch häufig sehr kaltes Bier hineintrank. Vor Jahren hatte er eine Gonorrhoe.

Die zwei anderen waren durch ihren Beruf gleichfalls häufig Temperaturwechseln ausgesetzt, der eine als Viehhofwärter, der andere als Taglöhner. Als weitere ätiologische Momente sind noch angegeben, Traumen, Infektionskrankheiten, 1 mal Bleikolik, Potatorium.

Bei einem Trauma handelt es sich um den 45jährigen Joachim G., Hausmaurer, der im Jahre 1872 einen schweren Schlag auf den Hinterkopf erhalten hatte. 14 Tage lang sei er bewusstlos gelegen. Die Heilung sei glatt verlaufen, er habe späterhin keine Beschwerden mehr davon gehabt. Vor sieben Jahren verletzte er sich durch einen Sprung in einen Nagel an der rechten grossen Zehe. In der chirurgischen Klinik sei er daran operiert worden. Daselbst wurde gelegentlich das Fehlen der Patellarreflexe gefunden. Auf weiteres Befragen gab er an, schon öfters doppelt gesehen zu haben. Nach Verlegung auf die innere Station sei er mit Jodkali behandelt worden. Innerhalb zweier Jahre sei er 12 mal im Krankenhaus gelegen. Potatorium früher 6 bis 7 Liter, Gonorrhoe vor ungefähr 15 Jahren. — Körperbau ist kräftig, Hautfarbe gesund. Herz und Lungen ohne Befund. — Anästhesieen an den Unterschenkeln, lancinierende Schmerzen, reflektorische Pupillenstarre, Romberg vorhanden, Fehlen der Patellarreflexe. Ataktischer Gang, Kniehakenversuch mit Mühe. In Ober- wie Unterschenkeln Störungen der Wärmeempfindung. Zweite Aufnahme: 16. III. bis 21. VI. 98. Schmerzen in Kniegelenken, Incontinentia urinae, wechselnd mit Retentio, Obstipation, Abnahme der Potenz. Dritte Aufnahme: 1. X. 98 bis 16. XI. 99. Lancinierende Schmerzen in Armen und Beinen, häufig gastrische Krisen; ab und zu Diarrhoe. Incontinentia alvi. Gürtelgefühl, Anfälle von Angina pectoris, Kopfschmerzen. Behandlung: Chloramid. Antipyrin, Arg. nitr. Morphium, Elektrisieren. Er wurde gebessert entlassen.

Der andere, Alois L., Dienstmann, 41 Jahre alt, lag vom 11. bis 14. VIII. 97 im Krankenhaus. Er gab an, vor 20 Jahren vom Pferd gestürzt zu sein. Einige Tage sei er bewusstlos gelegen. Jetzt leide er an heftigen Magenbeschwerden. Vater gestorben, verunglückt. Mutter, ein Bruder gesund. Potatorium 3—4 Liter. Infektion negiert. — Mittlerer Ernährungszustand, anämisches Aussehen. Herz, Lungen, ohne Befund. — Pupillen mittelweit, reagieren nicht, Patellarreflexe aufgehoben; Romberg vorhanden, beim Kehrtmachen Schwanken, ataktischer Gang. Kniehakenversuch unmöglich. Sensibilität intakt. Sein kurzer Aufenthalt ermöglichte keine Behandlung.

Bei den Infektionskrankheiten war 2mal Typhus und einmal Gelenkrheumatismus, einmal Gesichtsrose verzeichnet. Potatorium wird 24mal angegeben. 7mal Alkoholmissbrauch allein; bei den übrigen Fällen sind noch andere schädigende Momente angegeben. Einen Fall habe ich gefunden mit Lues hereditaria, der nebenbei noch starker Trinker und Raucher war. Bei 14 Fällen war ätiologisch überhaupt nichts zu ermitteln. Es handelte sich teils um schwächliche Personen, besonders Frauen, dann noch um einige, die infolge ihres Krankheitszustandes nicht mehr in der Lage waren, richtige oder genauere Angaben zu machen.

Nirgends fand ich bei meinen Patienten eine Angabe, die auf körperliche oder geistige Überanstrengung schliessen liess.

Betrachte ich noch die Häufigkeit der Tabes in den einzelnen Jahren, so finde ich folgende Zahlen:

1894 = 2	1899 = 9
1895 = 4	1900 = 2
1896 = 6	1901 = 14
1897 = 4	1902 = 9
1898 = 4	1903 = 12.

Weiter seien hier nochmals kurz, abgesehen von Lues, die übrigen Ursachen zusammengestellt, die für die Entstehung der Tabes in meinen Fällen in Frage kommen:

Potatorium 3
Infektionskrankheiten 7
Potator. plus Trauma 4
Potator. plus Bleikolik 2
Lues heredit. plus Potator. plus Nicotin 1
Unbekannte Ursache 14.

Nach Vorhergehendem komme ich zum Resultat, dass die Tabes, eine chronische Krankheit, in der Regel im mittleren Lebensalter beginnt, dagegen meist das Jugend- und Greisenalter verschont; dass sie bei Männern viel häufiger ist als bei Frauen; weiter, und das würde mehr für v. Leydens Ansicht sprechen, dass neben Lues gerade so häufig auch andere Schädlichkeiten als ätiologisches Moment für Tabes in Frage kommen, wie Erkältungen, Potatorium, Traumen, Infektionskrankheiten. Freilich möchte ich eben hier nochmals betonen, dass bei der Aufnahme der Patienten im Krankenhaus nicht immer besonders nach einer früheren syphilitischen Infektion geforscht wurde, es wären sonst mit Sicherheit höhere Zahlen für Lues gefunden worden. Und ich führe dem gegenüber Möbius an, der sagt, die zur Zeit fast allgemein geltenden Ansichten sind, dass in der Ätiologie der Tabes bei 90% sicher nachgewiesen ist, dass syphilitische Erscheinungen vorausgegangen sind, während über den Rest von 10% noch einige Unklarheit herrscht. Wie weit Alkohol, Strapazen, Erkältungen, Trauma, akute Infektionskrankheiten als ätiologische Momente in Betracht zu ziehen sind, darüber weiss man irgend etwas Zuverlässiges nicht.

Mannigfach sind die Symptome, unter denen die Tabes beginnt. Bald sind es rheumatische Beschwerden, die den Patienten zum Arzt führen, bald Seh-, bald Augenbeschwerden,

auch Magen- und Kreuzschmerzen, und längere Zeit kann ein solcher Patient an Rheumatismus, Gicht, Magenkatarrh u. s. w. behandelt werden, bis eine genauere Untersuchung oder ein nicht mehr zu missdeutendes Symptom den anfänglichen Irrtum der Diagnose aufklärt, somit natürlich auch in prognostischer Hinsicht wesentlich andere Aussichten dem Patienten stellt. —

Die ersten subjektiven Symptome, über die die Patienten am häufigsten klagen, sind, es bestehe schon seit kürzerer oder längerer Zeit, d. h. seit Monaten oder schon Jahren ein Mattigkeitsgefühl, wie Beschwerden im Gehen, bald mit mehr, bald mit weniger Unsicherheit im Dunkeln. Ich fand solch' Mattigkeitsgefühl und Gehbeschwerden in 46 Fällen (69,7 %). Weitere Initialsymptome sind die je nach ihrem Charakter von den Patienten so sehr gefürchteten lancinierenden Schmerzen, die beim einen mehr rheumatischer Natur sind, beim anderen sich durch ein blitzartiges Reissen durch die Beine auszeichnen. Manche Patienten schildern den Zustand, als ob ihnen mit einem haarscharfen Messer das Bein von oben bis unten durchbohrt würde. Ich fand sie unter meinen 66 Fällen 43 mal (65,1 %). Sie wären wohl noch häufiger zu finden gewesen, wären unter den übrigen nicht Patienten gewesen, die teils in so erschöpftem Zustand ins Krankenhaus eingeliefert wurden und bald darauf verschieden, dass eine genauere Anamnese nicht mehr aufgenommen werden konnte, teils ihr geistiger Zustand ihre baldige Verlegung auf die psychiatrische Abteilung erforderte, sie in demselben auch nicht mehr in der Lage waren, Genaueres über ihre Beschwerden anzugeben. Erb fand die lancinierenden Schmerzen unter 60 Fällen in 84,4 %, Bernhardt unter 58 Fällen in 77,5 % und Cyon unter 203 Fällen in 67,9 %.

Hierher gehören noch die konstringierenden Schmerzen, die hauptsächlich im Rücken oder Kreuz empfunden wer-

den. Dieselben waren 16 mal (24,2 %) vorhanden. Bohrende, stechende Schmerzen in der Nähe der Gelenke fand ich 7 mal (10,6 %). Sie wurden zum Teil beschrieben, wie wenn an irgend einer Stelle der Gelenke ein Nagel oder Bohrer langsam in dieselben getrieben würde. Was nun die Parästhesieen betrifft, die sich bald als Gefühl des Pelzigseins, Prickelns, Ameisenlaufens äussern, bald das Gefühl erwecken, als gingen die Kranken auf Filz, Wolle, so fand ich dieselben 34 mal (51,5 %).

Das Gürtelgefühl, von Patienten geschildert als eine Empfindung eines um den Rumpf gelegten Bandes oder Reifs, oder wieder, wie wenn die Seitenteile des Rumpfes zusammengeschnürt würden, fand ich 20 mal (30,3 %) erwähnt.

Kopfschmerzen, einmal nach Art einer Migräne, dann mehr neuralgischer Art im Hinterhaupt oder Frontalisgebiet, gaben 14 Patienten (21,2 %) an. Doch waren dies meist vorgeschrittene Fälle. Sensibilitätsstörungen, die meist erst viel später als die Schmerzen auftreten und die mannigfachsten Arten darbieten, fand ich bei meinen Fällen folgendermassen: Haarpinselberührung, Berührung mit der Fingerkuppe wurde in 22 Fällen (32,2 %) nicht empfunden, zumeist an den Unterextremitäten. Störungen der Schmerzempfindung waren 17 mal (25,8 %) vorhanden und zwar 14 mal (21,2 %) war die Schmerzempfindung aufgehoben meist an den Unterschenkeln, 2 mal (3,03 %) war sie verlangsamt, 1 mal (1,5 %) gesteigert. Je 1 mal fand ich Polyästhesie und Nachempfindung angegeben; es wurde anscheinend erst in den letzten Jahren mehr darnach gesucht; dadurch ist auch die Seltenheit dieser beiden Sensibilitätsstörungen erklärt. Ähnlich dürfte es wohl sein bei den anästhetischen und hypästhetischen Hautbezirken, die ich nur 7 mal (10,6 %) beziehentlich 2 mal (3,03 %) finden konnte, zumal wenn ich darüber Zahlen angegeben sehe von Frenkl und Förster, die unter 49 Tabes-

kranken anästhetische Hautbezirke 45 mal fanden (gewöhnlich handelte es sich um einen hypästhetischen Gürtel mit horizontaler Grenze, etwa von der zweiten Rippe bis zum Nabel). Weitere Angaben Frenkls und Försters sind: Anästhesie der Beine 44 mal; Anästhesie der Arme 37 mal und zwar meist an der Innenseite des Oberarms und des Unterarms. Störungen des Druck- und Temperatursinns waren 7 mal (10,6%) beziehungsweise 15 mal (22,7%) bei meinen Fällen angegeben. — Ausser den Störungen der Sensibilität der Haut haben wir noch Störungen des Muskelsinns. Die Patienten sind nicht mehr fähig, ohne Beihilfe der Augen über die jeweilige Stellung ihrer Glieder, sowie über den Umfang der von ihnen ausgeführten Bewegungen unterrichtet zu sein. Auch passive Bewegungen geben sie in Bezug auf Lage und Richtung unsicher oder falsch an. Ich fand solche Anomalieen 5 mal (7,6%). — Muskelsteifigkeit fand ich 2 mal (3,03%), Ermüdungsgefühl 1 mal (1,5%).

Ein fast regelmässig vorhandenes Symptom der Tabes ist das Fehlen der Sehnenreflexe. Ab und zu kommt es vor, dass namentlich die Patellarreflexe noch ziemlich lange nach begonnener Krankheit erhalten bleiben oder nur abgeschwächt sind, doch sind dies, wie die Tabellen zeigen, immer nur Ausnahmen. Erb gibt unter 60 Fällen zwei, Karger unter 82 ebenfalls zwei an, bei denen die Reflexe zwar da waren, aber abgeschwächt. Auch stehen die Ausnahmen gar nicht im Widerspruch mit den allgemeinen Anschauungen der Tabes, wenn man sich vorstellt, dass eben die zur Auslösung des Reflexes dienenden Fasern eine Zeit lang verschont bleiben. Einen Fall fand ich, bei dem der Patellarreflex links noch erhalten, rechts abgeschwächt war. Es handelte sich um einen Schlosser von 46 Jahren, der sich zwölf Jahre zuvor luetisch infizierte, bei einem anderen Falle waren die Patellarreflexe nur abgeschwächt, einmal waren sie leicht

gesteigert und in einem Falle war in der Krankengeschichte nichts darüber verzeichnet. Aufgehoben waren die Patellarreflexe bei allen anderen 62 Patienten, somit in 92,4%. Dem Fehlen der Achillessehnenreflexe wurde anscheinend auch erst in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit geschenkt, da ich dasselbe nur bei sechs Fällen (9,1%) vorfand; desgleichen auch dem Babinski'schen Phänomen, ich fand es nur zweimal angegeben. Es hiess in der Krankengeschichte beide Male, Babinski leicht angedeutet; da die Krankengeschichte sonst nichts weiter Interessantes bot, gehe ich nicht näher auf dieselbe ein.

Bauchdeckenreflexe fand ich in 9 Fällen (13,6%) erloschen, 1 mal (1,5%) herabgesetzt und 2 mal (3,03%) gesteigert). Cremasterreflex 6 mal (9,1%) erloschen, 1 mal (1,5%) herabgesetzt. —

Ein weiteres sehr frühzeitig auftretendes Symptom und somit für die Diagnose von grosser Bedeutung, ist die reflektorische Pupillenstarre, zumal dieselbe bei anderen Nervenkrankheiten nur selten auftritt. Ich fand diese 45 mal (68,2%); 10 mal (15,1%) war die Reaktion träge. Es waren dies zumeist Fälle im Initialstadium; sie hätten wohl bei einer Untersuchung nach einigen Jahren mit ziemlicher Sicherheit auch Pupillenstarre aufweisen können, wie ich in vier Fällen ersehen konnte, die im Laufe der Jahre 2—3 mal im Krankenhaus Aufnahme fanden.

Das so charakteristische Merkmal, dass eben die reaktionslosen Pupillen des öftern nicht kreisrund, sondern mehr oder minder eckig verzogen sind, fand ich 5 mal (7,6%) angegeben, während 8 mal (12,1%) besonders darauf hingewiesen wurde, dass die Pupillen sehr eng, 2 mal (3,03%), dass dieselben auffallend weit gewesen seien. Bei 12 Fällen (18,1%) waren die Pupillen rechts weiter wie links, in 5 Fällen (7,6%) war es gerade umgekehrt.

Die Accomodationsfähigkeit (Verengerung der Pupillen beim Fixieren eines nahen Gegenstandes, Erweiterung beim in die Ferne Schauen) fand ich 10mal (15,1%) aufgehoben, 1mal (1,5%) träge angegeben.

Was die Augenmuskellähmungen betrifft, die auftreten, um oft bald wieder ganz oder nur vorübergehend zu verschwinden, so fand ich 3mal (4,5%) Abducenslähmungen, 2mal (3,03%) Oculomotoriuslähmungen, während fünf Personen (7,6%) bei der Aufnahme angaben, schon des öftern vorübergehend doppelt gesehen zu haben; während ihres Aufenthaltes im Krankenhause wurden jedoch bei diesen solche Störungen weiter nicht beobachtet. Opticusatrophie war 12mal (18,1%) angegeben, 1mal betraf sie nur das rechte, 1mal nur das linke Auge, während die übrigen zehn beiderseits Atrophie zeigten. Strümpell gibt an 10—15%.

Die seltenen Gehörstörungen waren 3mal vorhanden. Bei einem Fall handelte es sich um lästiges Ohrsausen, ein Mann hatte ab und zu Ohrensausen mit Schwindelanfällen, während der dritte schon längere Zeit über Schwerhörigkeit klagte.

Ein sowohl in den Anfangsstadien der Tabes wie auch gar sehr häufig ja fast regelmässig in den späteren Stadien derselben auftretendes Symptom sind die Störungen von seiten der Blase und des Mastdarms; 53mal (80,1%) fand ich solche Beschwerden der Blase angegeben. In 14 Fällen (21,2%) handelte es sich um Urinbeschwerden allgemeiner Art, 3mal verbunden mit Tenesmus. Ein Patient klagte, beim Gehen träufte ihm manchmal etwas Urin ab, ein anderer konnte häufig nachts den Urin nicht halten, wieder andere konnten nur nach längerem Pressen eine ungenügende Menge Urin entleeren. 11mal (16,6%) war Retentio urinae und 17mal (25,8%) Incontinentia urinae vorhanden; einmal eine Ischuria paradoxa. Dass gar häufig diese Blasenerkrankungen Cystitis

und weiterhin Pyelonephritis im Gefolge haben und so der Kranken Tod herbeiführen, ist leicht ersichtlich. Dass ich nur 6 mal (9,1 %) eitrige Cystitis und 2 mal (3,03 %) Pyelonephritis angegeben fand, hat seinen Grund darin, dass eben die Kranken in den verschiedensten Stadien das Krankenhaus aufsuchten und wieder verliessen, sei es nun gebessert, sei es nicht gebessert. Über den weiteren Verlauf der Erkrankung konnte aber nichts ermittelt werden. Von seiten des Mastdarms fand sich 4 mal (6,06 %) Beschwerden allgemeiner Art angegeben; 6 mal (9,1 %) Incontinentia alvi; ein Kranker litt noch an einem Mastdarmprolaps.

Obstipation fand sich 9 mal (13,6 %) vor; Diarrhöen öfters wechselnd mit Obstipation 11 mal (16,6 %). Erwähnt sei hier noch, dass ich die Potenz einmal völlig erloschen, 3 mal geschwächt aufgezeichnet fand.

Weitere sehr charakteristische Symptome nervöser Art bieten uns des öftern die inneren Organe. Obenan stehen die gastrischen Krisen, die meist ganz plötzlich auftreten; unter starken cardialgischen Schmerzen werden Speisereste, galliger Schleim erbrochen, dem Anfall folgt dann grosse Mattigkeit, Abgeschlagenheit nach. Ich fand solche 26 mal (39,4 %) angegeben. Laryngeale Krisen fand ich 2 mal (3,03 %), renale 1 mal (1,5 %).

Tabes vereint mit Aorteninsufficienz war 5 mal (7,6 %) angegeben, einmal mit einem Aneurysma aortae ascendens. Strümpell sagt darüber in seinem Lehrbuch: Der innere Zusammenhang beider Erkrankungen liege wahrscheinlich in der früheren Syphilis.

Der betreffende Mann Andreas D., Ausgeher, 50 Jahre alt, gab an, schon seit 18 Jahren herzleidend zu sein; doch habe ihn dieses Leiden bis vor einigen Monaten wenig behindert. Vor einem halben Jahre habe er Husten mit Erstickungsanfällen bekommen, seither fühlte er sich matt und

zittrig. Seit 15 Jahren leide er an Rheumatismus, in seiner Jugend habe er Gonorrhoe und Lues gehabt. Potatorium gleichfalls zugestanden. Vater starb an Tuberkulose, Mutter an Altersschwäche. — Kräftiger Körperbau, leicht gelbliche Hautfarbe. Lungen ohne Befund. Herz: Relative Grenze überragt nach rechts den rechten Sternalrand fast zwei Finger breit, nach oben geht sie bis zum Rand der dritten Rippe, nach links überragt sie die Mammillarlinie um Fingerbreite. Spitzenstoss im fünften und sechsten Intercostalraum fühlbar. Ausserhalb der Mammillarlinie kräftige deutliche Erschütterung in der Brustwand sichtbar. Über der Spitze, noch deutlicher aufwärts von hier ein leises systolisches Geräusch hörbar. Gegen die Basis nimmt es an Intensität ab. Am deutlichsten über der Aorta, aber auch über dem ganzen Herzen ein leicht blasendes diastolisches Geräusch hörbar, vor welchem über der Aorta der zweite Ton deutlich wahrnehmbar ist. Zweiter Pulmonalton verstärkt.

Über dem Sternum wie zwei Finger breit vom Rand des Sternums Dämpfung; über dieser ein systolisch-diastolisches Geräusch. In der Supraclavikulargrube verspürt man beim Eingehen starke Pulsation der Aorta. Puls rechts gegen links ungleich; sehr spitz, celer et altus. Deutliche Pulsation der Carotiden, subclavia, daneben auch deutliche epigastrische Pulsation. Eine Röntgendurchleuchtung bestätigte das Aneurysma der aufsteigenden Aorta. Nervensystem: Patellarreflexe aufgehoben. Romberg vorhanden. Pupillen weit, verzogen, reagieren nicht. Es besteht langsam horizontaler Nystagmus. Keine Sensibilitätsstörungen, keine verlangsamte Schmerzempfindung; häufige gastrische Krisen; in geringem Grade Incontinentia urinae. Behandlung: Jodkali, Moorbäder. Nach einem Aufenthalt vom 14. IX. 1902 bis 28. II. 1903 verliess er etwas gebessert das Krankenhaus.

Ein weiterer Fall war nur kurz auf der Abteilung, da

er wegen Paralyse schon nach einigen Tagen der psychiatrischen Klinik zuverlegt wurde.

Es war die 51jährige Taglöhnerswitwe Therese M., die Ostern 1898 einen Schlaganfall erlitt. Die Folge war Lähmung des rechten Arms und Beins. Verzerrung des Gesichts nach einer Seite. Erschwerte Sprache. Nach sechs Monaten war die Patientin soweit wieder hergestellt, dass sie arbeiten konnte. Im Juli 1899 trat sie wegen starker Schwellung beider Beine ins Krankenhaus ein, woselbst sie zwei Jahre verblieb. Während ihres Aufenthalts stellten sich heftige Schmerzen im Rücken und in den Beinen ein, besonders im rechten; weiter pelziges Gefühl in denselben, wie Hautjucken auf der Brust. Später trat auch noch Gürtelgefühl dazu.

An früheren Krankheiten hatte sie mit 15 Jahren Lungenentzündung, mit 36 Jahren einen Ausschlag am ganzen Körper, derselbe habe sich vor einigen Jahren wiederholt. Ob sie seinerzeit wegen des Ausschlags behandelt wurde, war aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich. Lues will sie nie gehabt haben, auch keine Fehlgeburten. Ihr Mann starb an Tuberkulose, ihre Eltern angeblich an Herzwassersucht. Reduzierter Ernährungszustand. Beide Unterschenkel und Füsse zeigen beträchtliche Ödeme. Am Thorax rhachitische Veränderungen. Über linker Lungenspitze Schallverkürzung, verschärftes Exspirium.

Herz: Spitzenstoss im sechsten Intercostalraum und vorderer Axillarlinie stark hebend; nach rechts keine Verbreiterung, in der Gegend des linken zweiten Intercostalraumes Dämpfung vorhanden. Über der Aorta laut giessendes diastolisches und leise systolisches Geräusch. Puls regelmässig, mässig beschleunigt, schnellend. Nervensystem: Berührungsempfindung intakt. Schmerzempfindung an den Unterextremitäten bedeutend herabgesetzt. Wärme und Kältegefühl wird an den Unterschenkeln meist verwechselt. Patellarreflexe

aufgehoben; reflektorische Pupillenstarre; Romberg vorhanden. Gang unsicher, stampfend. Augenhintergrund normal. Sprachstörungen sind deutlich vorhanden. In den paar Tagen ihres Aufenthalts wurde sie mit feuchten Wickeln und elektrischen Strömen behandelt; da sie aber mit den anderen Patientinen stritt, sehr unruhig war, herumging, sang, wurde sie, wie schon erwähnt, auf die psychiatrische Abteilung verlegt. Die anderen drei Fälle boten weiter keine Besonderheiten.

Während nun die bisher erwähnten Symptome in schwächerem oder stärkerem Masse hauptsächlich den Beginn der Erkrankung anzeigen, somit im wesentlichen Initialsymptome sind, freilich können diese gerade so gut auch erst späterhin erscheinen, tritt ganz verschieden im Laufe der Monate, Jahre, Jahrzehnte das zweite insbesondere von Duchenne näher erforschte ataktische Stadium auf.

Diese Motilitätsstörung tritt fast immer zuerst in den Unterextremitäten auf und man kann wohl schon auf den ersten Blick den Kranken ihr Leiden ansehen, am ataktischen Gang. Er ist breitspurig, stampfend, bei raschen Bewegungen tritt grosse Unsicherheit ein, so beim Kehrtmachen, schnellem Laufen, Aufstehen. Fordert man den Kranken auf, den Haken des einen Fusses auf die Kniescheibe des anderen zu setzen, so bringt er es erst nach längeren Versuchen zustande, häufig auch gar nicht. Aufgefordert, Kreisbewegungen mit dem Bein zu machen, kommen die schönsten Zick-Zackbewegungen zutage. Lässt man den Kranken mit fest nebeneinandergestellten Füssen und geschlossenen Augen freistehen, tritt alsbald heftiges Schwanken ein, so dass er oft umzufallen droht. Die grobe Kraft ist meist dabei erhalten, nur sind die Kranken nicht in der Lage, die Muskelgruppen bei den verschiedenen Bewegungen in richtiger Weise funktionieren zu lassen.

Ich fand die Ataxie in 56 Fällen (84,8 %); einmal war

angegeben, dass der Patient an den Unterextremitäten gelähmt sei.

Das Romberg'sche Phänomen war 43mal (65,1 %) verzeichnet. Die Herabsetzung der groben Kraft wurde in vier Fällen (6,06 %) beobachtet.

Hypotonie (Herabsetzung des Muskeltonus) war einmal angegeben. Zittern der Zunge desgleichen.

Anzuführen sind noch die trophischen Störungen, die, wenn auch nicht gerade häufig, so doch in verschiedener Art bei den Patienten angegeben waren. War bei 17 Personen (25,8 %) besonders hervorgehoben, dass der Ernährungszustand noch ein recht guter sei, es handelte sich dabei zumeist um Patienten im Initialstadium, hiess es bei 19 Leuten (28,8 %), derselbe sei in recht mässiger Verfassung, während bei den übrigen 30 (45,4 %) erwähnt war, der Ernährungszustand sei sehr reduziert. Freilich muss dabei in Betracht gezogen werden, dass gar manche unter schlechten häuslichen Verhältnissen zu leiden hatten, zum Teil auch neben ihrer Tabes gleichzeitig noch eine andere chronische Krankheit hatten, wie Tuberkulose, Carcinom der Mamma u. s. w.

Bei drei Fällen (4,5 %) fand ich Hals, Ellenbogen, Leistendrüsen geschwellt, 9mal (13,6 %) Leistendrüsen und 2mal (3,03 %) nur die Halsdrüsen. Ich erwähne diesen Befund nur nebenbei, da ja bei allen möglichen anderen Erkrankungen gleichfalls Drüsenschwellungen nicht selten vorkommen.

Als interessantere trophische Störungen fand ich 5mal (7,6 %) mal perforant du pied.

Ich erwähne von diesen den 50jährigen Monteur Paul F., der vom 17. VI. bis 3. VII. 02 im Krankenhause lag. Er gab an im Jahre 1897 einen rechtsseitigen Schenkelbruch erlitten zu haben, er sei 14 Wochen im chirurgischen Spital gelegen. Nach ca. drei Jahren bemerkte er an der rechten kleinen

Zehe ein kleines Geschwür, das, aufgebrochen, reichlich Eiter entleerte. Behandelt, heilte es wohl zu, brach aber immer wieder auf. Bei seinem Eintritt floss gleichfalls aus der offenen Wunde reichlich Eiter.

Früher will er nie krank gewesen sein. Potatorium zugestanden. Infektion negiert. Eltern an unbekannten Krankheiten gestorben. — Er ist von grosser Statur, gracilem Bau, schlaffer Muskulatur, senilem Aussehen. An der linken Halsseite sind einige Drüsen leicht geschwellt. An den beiden Vorderarmen sieht man zahlreiche stark gerötete circumskripte Erhabenheiten, die von Morphium-Injektionen herzurühren scheinen. Haut und sichtbare Schleimhäute sind anämisch. Thorax flach, schmal. Lungen gehörig. Herz zeigt geringe Verbreiterung nach links. Puls voll, regelmässig. Arterien zeigen starke Verkalkung. Die rechte Unterextremität zeigt zwei Querfinger breit oberhalb des Knöchels eine starke Verdickung beider Knochen. Ausserdem ist am Ballen der kleinen Zehe nahe dem lateralen Fussrande eine tiefgreifende nahezu bis auf den Knochen gehende Wunde, aus der sich stark stinkender Eiter entleert. Nervensystem: An den Unterextremitäten, besonders der rechten, in unregelmässigen Intervallen wiederkehrende Zuckungen. Die Motilität ist nicht gestört, grobe Kraft erhalten. Haarpinselberührung ist von der Mitte der Unterschenkel nach abwärts abgeschwächt; an den Zehen, Zehenballen, sowie an der vorderen Hälfte der Planta pedis aufgehoben. Vom Knie nach abwärts besteht beiderseits verlangsamte Schmerzempfindung. An beiden Oberschenkeln besteht Hyperästhesie; an der oberen Hälfte beider Unterschenkel ist der Temperatursinn wesentlich herabgesetzt, während die untere Hälfte der Unterschenkel wie der Fuss die Temperatur nicht mehr zu unterscheiden vermögen. Patellarreflexe sind aufgehoben, Biceps-Tricepssehnenreflex kaum auslösbar. Pupillen reagieren nicht. Beider-

seitige Opticusatrophie. Es bestehen Blasen- und Mastdarmstörungen. Therapie: Bäder, Morphiuminjektionen. Er wurde etwas gebessert entlassen. Bei einem anderen fand ich angegeben: An der Plantarseite des fünften Metatarsus rechts ist ein kreisrunder Substanzverlust. In der Umgegend desselben lässt sich die dicke Epidermis in Fetzen abziehen. Ein unregelmässiger Substanzverlust findet sich auf der dorsalen Seite des rechten fünften Metatarsus. Einige Tage später traten über dem Metatarsus fünf kleine weissliche Bläschen auf. An einer zehnpfennigstückgrossen Stelle war Fluktuation. Nach Eröffnung entleerte sich reichlich dicklicher Eiter. Weiter wurden die von Charcot zuerst beschriebenen Arthropathieen 2mal (3,03 %) beobachtet.

Der Bürstenmacher Sch. Anton, 30 Jahre alt, ging am 19. VI. 01 der Abteilung zu mit der Klage, seit einigen Tagen Schmerzen in beiden Kniegelenken wie in den Zehen zu haben.

Mit 18 Jahren hatte Patient Gelenkrheumatismus. Potatorium wie Infektion wird negiert. Er ist von mittlerem Körperbau, anämischem Aussehen. Cubitaldrüsen sind geschwellt. Muskulatur der Unterextremitäten ist atrophisch. Hyperhydrosis am ganzen Körper. Herz, Lungen ohne Befund. Nervensystem: Pupillen mittelweit, rechts etwas weiter. Reaktion auf Lichteinfall träge. Patellarreflexe erloschen. Romberg vorhanden. Starke Ataxie bei gewollten Bewegungen in den Unterextremitäten. Spastischer Gang. Parästhesieen in beiden Unterextremitäten. Kältegefühl in denselben aufgehoben. Auf der ganzen Vorderfläche der Unterschenkel Analgesie. Trophische Störungen der grossen und zweiten Zehe des rechten Fusses. (Diese Zehen zeigen seit fünf bis sechs Jahren die Tendenz zum Abfallen.) Arthropathieen beider Kniegelenke. Am 1. VII. 01 verliess er etwas gebessert das Krankenhaus.

Beim anderen Falle lagen ähnliche Verhältnisse vor.

5 mal (7,6 %) war Atrophie der Muskulatur verzeichnet, darunter auch ein Fall mit halbseitiger Zungenatrophie. Es heisst in der Krankengeschichte, die herausgestreckte Zunge weicht nach rechts ab, die rechte Hälfte derselben ist leicht atrophisch. Kurz anführen möchte ich noch einige vasomotorische und sekretorische Störungen. Einmal Urticaria und zwar jedesmal bei Prüfung der Schmerzempfindung vermittelst einer Nadel, 1 mal Dermographismus der Haut und 3 mal Hyperhydrosis. Cerebrale Symptome sind zum Teil schon weiter oben erwähnt worden, wie die Störungen von seiten des Opticus u. s. w. Es sei hier nur noch hervorgehoben die Beziehung der Tabes zur allgemeinen progressiven Paralyse. Ich fand dieselbe 3 mal (4,5 %). Einen Fall habe ich schon beschrieben, er war kompliziert mit Aorteninsufficienz, der zweite Fall wurde gleichfalls der psychiatrischen Abteilung zuverlegt, während der dritte nach zwei Tagen bereits auf Wunsch wieder entlassen werden musste; über seinen ferneren Zustand wurde nichts weiter bekannt.

3 mal (4,5 %) fand ich Sprachstörungen, bei einem war die Sprache langsam, schwerfällig, der andere versprach sich gern, brachte ganz andere Worte zutage, während über den dritten nichts Näheres erwähnt war.

Gedächtnisschwäche war bei vier Patienten (6,06 %) angegeben, während bei einem Manne besonders hervorgehoben wurde, er leide häufig an grosser Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, sei überhaupt meist ernst gestimmt.

Zur kurzen Übersicht führe ich noch eine Tabelle an, und zwar sind die Symptome nach der Häufigkeit ihres Vorkommens geordnet. Ich lasse dabei die Symptome, nach denen wohl erst in den letzten Jahren mehr gefahndet wurde, absichtlich aus, da sie nur zu falschen Resultaten führen würden.

Fehlen der Patellarsehnenreflexe	62	(92,4 %)
Ataxie	56	(84,4 %)
Blasenstörungen	53	(80 %)
Reflektorische Pupillenstarre	45	(68,2 %)
Romberg	43	(65,1 %)
Lancinierende Schmerzen	43	(65,1 %)
Herabsetzung der Sensibilität	39	(59,1 %)
Parästhesieen	34	(51,5 %)
Gastrische Krisen	26	(39,4 %)
Gürtelgefühl	20	(30,3 %)
Ungleichheit der Pupillen	17	(25,8 %)
Constringierende Schmerzen im Kreuz	16	(24,3 %)
Störungen des Temperatursinns	15	(22,7 %)
Kopfschmerzen	14	(21,2 %)
Opticusatrophie	12	(18,1 %)
Pupillenstarre bei Accomodation	10	(15,1 %)
Fehlen der Bauchdeckenreflexe	9	(13,6 %)
Obstipation	9	(13,6 o/o)
Cystitis	6	(9,1 %)
Fehlen der Cremasterreflexe	6	(9,1 %)
Incontinentia alvi	6	(9,1 %)
Doppeltsehen	5	(7,6 %)
Aorteninsufficienz	5	(7,6 %)
Atrophie der Muskeln	5	(7,6 %)
Mal perforant du pied	5	(7,6 %)
Potenz geschwächt	4	(6,06 %)
Herabsetzung der groben Kraft	4	(6,06 %)
Sprachstörungen	3	(4,5 %)
Decubitus	3	(4,5 %)
Arthropathieen	2	(3,03 %)
Pyelonephritis	2	(3,03 %)
Hypotonie	1	(1,5 %)

Infolge des sehr chronischen Charakters der Tabes ist

es natürlich bei einem Krankenhausmaterial, das bald kommt, bald geht, dann ganz aus den Augen verschwindet, nicht möglich, über länger andauernde Besserung, etwaigen vorübergehenden Stillstand, Dauer der Erkrankung, Todesursachen, genauere Angaben zu machen, es sei daher nur angeführt, in welchem Zustand die Patienten nach kürzerer oder längerer Behandlung das Krankenhaus verliessen.

Im ganzen waren es 42 Patienten (63,6 %), bei denen geringe Besserung erzielt wurde, und zwar bei 9 Patienten (13,6 %) im Initialstadium, bei 33 Patienten (50 %) in schon vorgeschrittenerem. 9 mal (13,6 %) hatte die Behandlung gar keinen Erfolg, und zwar 2 mal (3,03 %) bei beginnenden, 7 mal (10,6 %) bei vorgeschrittenen Fällen. In 9 Fällen waren über einen Erfolg der Behandlung keine weiteren Angaben verzeichnet, während 5 Fälle (7,6 %) mit dem Tod im Krankenhaus endeten.

Bei diesen letzteren erstreckte sich die ganze Dauer der Erkrankung 1 mal auf 17 Jahre, 2 mal auf 15 Jahre; bei den beiden anderen Fällen konnte über den ersten Beginn der Erkrankung nichts genaueres ermittelt werden.

Sebastian R., 69 Jahre alt, Privatier, † 28. II. 03, Arteriosklerose. Myodegeneratio cordis. Der Sektionsbefund über das Rückenmark lautete folgendermassen:

Im Duralsack wenig Flüssigkeit, Dura nirgends abnorm verwachsen, kaum getrübt und verdickt. An der Rückfläche im Lendenteil der Arachnoidea Kalkablagerungen vorhanden. Auf der Schnittfläche sind die Hinterstränge undeutlich grau verfärbt, Rückenmark etwas verkleinert.

Michael G., 52 Jahre alt, Fuhrmann, † 4. V. 98. Decubitus, schlaffe Pneumonie. Sektionsbefund: Im Lendenmark zeigen sich die medialen Abschnitte der Hinterstränge grau verfärbt. Graue Substanz etwas gerötet. Im oberen Lumbalmark Hinterstränge gallertartig durchscheinend. Der hintere

Rand erscheint beiderseits grau gallertartig durchscheinend. Im Brustmark sind die ganzen Hinterstränge in eine grau gallertig ausschauende Masse umgewandelt. Im Halsmark beschränkt sich die graue Verfärbung wieder auf die medialen Abschnitte der Hinterstränge.

Über die anderen drei Fälle, von denen der eine an Cystitis, Pyelonephritis, Sepsis, der andere an Mammacarcinom, Cystitis, Pyelonephritis, Decubitus und der letzte an Myodegeneratio cordis zu Grunde ging, war im Sektionsbefund über das Rückenmark nichts angegeben.

Über Therapie wurde schon sehr viel geschrieben, sehr vieles als erfolgreich gerühmt, ebensovieles auch wieder verworfen; ein Heilmittel für Tabes gibt es noch nicht.

Ging ihr Lues voraus, oder ist Verdacht auf solche, kann im Initialstadium mit einer antiluetischen Kur versuchsweise begonnen werden, freilich muss man sich dabei klar sein, dass eine etwaige Besserung nur dem Rückgang noch vorhandener syphilitischer Veränderungen zuzuschreiben ist.

Bei meinen Kranken brachte 6 mal (9,1 %) die Schmierkur, vorsichtig angewandt, einige Erleichterung. 13 mal (19,6 %) Jodkali allein oder zusammen mit Massage, elektrischen und Soolbädern.

Die Suspension wurde nur einmal zu Hilfe genommen und bald wieder resultatlos verlassen, während der galvanische oder faradische Strom, bald hier, bald dort appliziert, günstigen Einfluss ausübte. Auch lauwarme Halb- oder Vollbäder, Moorbäder, trugen des öfteren zur Linderung der Beschwerden bei. Arg. nitr.-Behandlung, 3—6 Pillen täglich vor dem Essen, brachte gleichfalls in sieben Fällen (10,6 %) einige Besserung. Sie hat zugleich den Vorzug, Monate, ja Jahre lang ohne irgend welche anderweitigen üblen Folgen gebraucht werden zu können.

Als weitere innere Mittel, besonders gegen die Schmerzen,

wurden Antipyrin, Phenacetin, Chloralamid, Morphium u. s. w. angewandt. Sie brachten häufig allein oder zusammen mit narkotischen Einreibungen, Einwicklungen, Linderung der oft unerträglichen Schmerzen.

Neben all' diesen Mitteln jedoch, die Linderung der Symptome anstreben, muss der Arzt sein Hauptaugenmerk darauf richten, die Resistenzfähigkeit des Organismus zu heben, weiter muss er die Kranken warnen vor schwerer körperlicher Arbeit, Erkältungen, sie auf die Schädlichkeiten von Exzessen aller Art aufmerksam machen, ihnen dagegen neben kräftiger Nahrung mässige Körperbewegung anempfehlen.

Auf diese Weise ist es wenigstens möglich, die sonst hoffnungslose Lage der Patienten erträglicher zu gestalten, sowie ihren Mut bald durch diesen, bald durch jenen, wenn auch nur scheinbaren Erfolg, von neuem anzufachen und zu kräftigen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Direktor Prof. J. v. Bauer für die gütige Übernahme des Referats, sowie Herrn Dr. Kerschensteiner für die Zuweisung der Arbeit, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Archiv des Krankenhauses links der Isar.
2. Möbius: Neurologische Beiträge.
3. Berliner klinische Wochenschrift. 1896.
4. Strümpell.
5. Schmidts Jahrbücher.
6. Erb.
7. Dissertationen.

Lebenslauf.

Ich bin am 8. Dezember 1877 in Schwaigern als Sohn des Oberamtsarztes Dr. Ehemann geboren. Meine Jugendzeit verbrachte ich in Brackenheim, wohin mein Vater bald nach meiner Geburt versetzt wurde. Er starb daselbst im Jahre 1885. Nach Absolvierung der Volks- und Lateinschule in Brackenheim kam ich nach Heilbronn a. N. ins Gymnasium, woselbst ich bis zum Jahre 1897 verblieb. Im Jahre 1898 bestand ich in Offenbach a. M. die Reifeprüfung. Alsbald widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Tübingen, Berlin, München, um mich nach Ablauf von neun Semestern im März 1903 der ärztlichen Approbationsprüfung zu unterziehen. Im Februar 1904 beendete ich dieselbe.

Hermann Ehemann, approb. Arzt.